

# Akceptacja siebie po utracie piersi — wsparcie informacyjne

Self-acceptance after a breast reduction — informative support

Marta Makara-Studzińska, Agnieszka J. Kowalska

Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego w Lublinie

## Streszczenie

**Wstęp.** Relacja między lekarzem a pacjentem jest bardzo ważnym elementem procesu leczenia. Współcześnie coraz częściej dostrzega się potrzebę wzbogacania medycznej wiedzy lekarzy o elementy z zakresu psychologii i medycyny behawioralnej. Chore po zabiegu mastektomii odczuwają lęk, są zagubione i przekonane o swojej nieatrakcyjności fizycznej. Seksualność jest bardzo ważnym komponentem jakości życia kobiet cierpiących na nowotwór sutka, ponieważ kobiece piersi są niezwykle silnie kojarzone z atrakcyjnością fizyczną i kobiecością. Każda kobieta wymaga zatem indywidualnego podejścia, w zależności od osobistych umiejętności radzenia sobie w sytuacji choroby oraz poziomu samoakceptacji po utracie piersi.

**Materiał i metody.** W badaniach ankietowych wzięło udział łącznie 120 kobiet z rozpoznaniem nowotworem piersi. W analizie statystycznej wykorzystano weryfikację hipotez statystycznych opartą na teście niezależności  $\chi^2$ . Istotność różnic między wynikami badań stwierdzano przy poziomie  $p \leq 0,05$ . Wyniki badań opracowano z wykorzystaniem programu STATISTICA.

**Wyniki.** Spośród kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi objętych badaniem 93% chciało być informowanych o stanie zdrowia i oczekiwało od lekarza wyjaśnienia istoty prowadzonego leczenia. Wykazano statystycznie istotny związek między oceną przekazanych przez lekarza informacji dotyczących możliwości wystąpienia skutków ubocznych stosowanych leków oraz charakteru działań niepożądanych a stosowaniem u kobiet hormonoterapii jako formy leczenia uzupełniającego ( $p = 0,038458$ ).

**Wnioski.** Wyniki badań prowadzonych na całym świecie wykazały, że zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne, obejmujące wiedzę o samej chorobie, leczeniu, rokowaniu, skutkach ubocznych, możliwości nawrotu oraz szansie na rekonstrukcję utraconego gruczołu piersiowego, jest znaczne.

*Seksuologia Polska 2011; 9 (1): 16–21*

**Słowa kluczowe:** nowotwór piersi, wsparcie informacyjne, samoakceptacja

## Abstract

**Introduction.** Relation between a doctor and a patient is a very important element of the treatment process. Nowadays the need to enrich the medical knowledge of doctors with some elements of psychology and behavioral medicine is perceived more and more often. Patients after mastectomy feel anxiety, are lost and convinced about their physical unattractiveness.

Sexuality is a very important component of quality of life of women suffering from nipple tumor, because female breast is extremely strongly associated with physical attractiveness and femininity. Therefore each woman requires an individual approach, depending on their personal skills to cope in the situation of illness and their level of self-acceptance after a breast reduction.

**Material and methods.** 120 women with diagnosed breast cancer took part in survey researchers. Verification of statistical hypotheses based on the test of independence  $\chi^2$  was applied in the statistical analysis. Significance of differences between research results was observed at the level  $p \leq 0,05$ . Research results were developed by means of STATISTICA program.

**Results.** 93% of women with diagnosed breast cancer wanted to be informed about their health condition and expected from a doctor an explanation concerning the conducted treatment. The statistically signifi-

**Adres do korespondencji:** dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska  
Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego  
ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin

Nadesłano: 10.10.2010

Przyjęto do druku: 25.05.2011

*cant correlation between assessment of the information reported by a doctor, regarding the possibility of occurrence of side effects of medicines used as well as the nature of adverse effects and hormonal therapy in women as a form of a supplemental treatment ( $p = 0.038458$ ) has been estimated.*

**Conclusions.** Results of researches conducted all over the world pointed out, that demand on informative support, covering knowledge about disease, treatment, prognosis, side effects, possibilities of recurrence and chance for reconstruction of the reduced breast gland is significant.

*Polish Sexology 2011; 9 (1): 16–21*

**Key words:** breast cancer, informative support, self-acceptance

## Wstęp

Niedoceniany niejednokrotnie przez lekarza akt przekazywania pacjentce niepomyślnej diagnozy, zwłaszcza w przypadku choroby nowotworowej, wiążącej się z koniecznością przeprowadzenia okaleczającej operacji usunięcia gruczołu piersiowego, jest zawsze bolesnym przeżyciem zarówno dla samej chorej, jak i dla jej najbliższych. W życiu kobiety rozpoczyna się bowiem nowy, trudny rozdział naznaczony bólem fizycznym, cierpieniem psychicznym i oczekiwaniem na efekty leczenia.

Relacja między lekarzem a pacjentem jest bardzo ważnym elementem procesu leczenia [1]. Rola lekarza i całego zespołu terapeutycznego jest nieoceniona w trakcie zmagania się pacjentki z nowotworem piersi. Współcześnie coraz częściej dostrzega się potrzebę wzbogacania medycznej wiedzy lekarzy o elementy z zakresu psychologii i medycyny behawioralnej — umiejętność wykorzystywania terapeutycznej funkcji słowa i mobilizowanie psychologicznych rezerw chorego może dostarczyć lekarzowi nowych skutecznych narzędzi w walce z chorobą poprzez umacnianie wewnętrznej motywacji pacjenta [1].

Każda kobieta wymaga indywidualnego podejścia, w zależności od osobistych umiejętności radzenia sobie w sytuacji choroby oraz poziomu samoakceptacji po utracie piersi. Niezwykle ważna jest wówczas odpowiedzialna postawa lekarza, który nie tylko otoczy kobietę profesjonalną opieką medyczną, ale też dostarczy wszelkich niezbędnych informacji na temat samej choroby, leczenia, rokowań, możliwości powrotu do pełnej aktywności życiowej oraz ewentualnych szans na rekonstrukcję utraconego gruczołu piersiowego. W przypadku kobiet, u których dokonano amputacji sutka i u których nie występują przeciwwskazania zalecana jest bowiem rzetelna informacja o możliwości rekonstrukcji utraconej piersi. Wskazania do zabiegu odtwórczego są w dużej mierze natury psychologicznej, bowiem uraz psychiczny związany z utratą piersi jest ogromnym, a dla niektórych kobiet wręcz traumatycznym przeżyciem, natomiast informacja o możliwości przeprowadzenia operacji prowadzącej do odtworzenia gruczołu piersio-

wego może w istotny sposób poprawić jakość życia chorej, a nawet uchronić ją od depresji. Po zakończeniu terapii kobieta powinna zostać powiadomiona przez lekarza do kogo może się zwrócić, aby uzyskać wsparcie i niezbędne informacje na temat swojej choroby. Kontakt z odpowiednimi organizacjami oraz grupami wsparcia działa uspokajająco i pozwala kobiecie nabrać dystansu do choroby. Rozmowa o doświadczeniach i obawach umożliwia ich przezwyciężenie i powrót do aktywnego życia [2, 3].

Akceptacja swego ciała jest niezmiernie ważna dla właściwego funkcjonowania indywidualnego oraz społecznego. Stres psychiczny wywołany faktem rozpoznania choroby nowotworowej, a zwłaszcza jej umiejscowienia, powoduje u kobiet utratę poczucia własnej wartości, brak akceptacji swojego okaleczonego ciała, co bardzo często prowadzi do zaburzeń sfery seksualnej. Chore odczuwają lęk, są zagubione i przekonane o swojej nieatrakcyjności fizycznej. Seksualność jest bardzo ważnym komponentem jakości życia kobiet cierpiących na nowotwór sutka, ponieważ kobiece piersi są niezwykle silnie kojarzone z atrakcyjnością fizyczną i kobiecością. Wyniki badań prowadzonych w populacji japońskich kobiet cierpiących na nowotwór gruczołu piersiowego wykazały, że w związku z rozpoznaniem u nich choroby oraz koniecznością wykonania mastektomii doświadczają one daleko idących fizycznych oraz psychicznych przemian w relacjach intymnych z partnerami [4]. Większość Japonek (85,9%) decyduje się na podjęcie aktywności seksualnej po upływie średnio 3,5 miesiąca od operacji. Pozostałe kobiety potrzebują pół roku, aby pogodzić się z utratą piersi i podjąć na nowo aktywność seksualną [4]. Jedynie 10,6% badanych kobiet skonsultowało swoje obawy przed podjęciem pożycia płciowego, z czego zdecydowana większość rozmawiała o problemie z przyjaciółką — żadna z pań nie zdecydowała się na profesjonalną poradę u specjalisty [4]. Kobiety pozbawione piersi wskutek zabiegu mastektomii mają duże opory przed powrotem do pożycia płciowego ze swoimi partnerami. Piersi stanowią bowiem niewrażliwy punkt w ciele kobiety, będący elementem atrakcyjności fizycznej oraz atrybutem kobiecości i macierzyństwa. Pozbawiona piersi kobieta czuje się niepełno-

wartościowa i mało ponętna, mimo że otoczenie często nie zauważa żadnej zmiany w jej wyglądzie.

Dysfunkcje seksualne często pojawiają się już w chwili, gdy chora zaczyna podejrzewać u siebie chorobę nowotworową lub gdy usłyszy niepomyślną diagnozę. Proces diagnozowania i przygotowań do terapii zwykle pogłębia wspomniane zaburzenia. Warto zdecydować się wówczas na rehabilitację seksualną, polegającą na utwierdzeniu chorej w przekonaniu, że może być i jest wciąż atrakcyjną kobietą, a przebyta choroba i jej konsekwencje nie stanowią przeszkody dla prowadzenia aktywnego życia płciowego. Ogromną rolę odgrywa wówczas wsparcie partnera, który będzie dla kobiety ostoją w chwilach obniżonego nastroju. Kobiety, które boleśnie przeżyły fakt amputacji piersi oraz przekonwały się o korzystnym wpływie procesu rehabilitacji, zazwyczaj mają wysoką motywację do przestrzegania wszelkich zaleceń z nią związanych [5].

Z czasem kobieta pogodzi się z następstwami choroby i zaakceptuje swój wygląd, a nawet poczuje dumę z wygranej walki o życie, nawet za cenę utraty piersi. Każde indywidualne doświadczenie choroby umacnia, a wsparcie uzyskane od bliskich przyspieszy niewątpliwie powrót do zdrowia i aktywnego życia we wszelkich jego obszarach.

## Material i metody

W badaniach wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa składający się z 17 pytań jednokrotnego wyboru dotyczących medycznych, prawnych i etycznych aspektów przekazywania niepomyślnego diagnozy pacjentkom z podejrzeniem nowotworu piersi oraz standaryzowany kwestionariusz Listy Oczekiwań Pacjenta — PRF (zawierający 18 zamkniętych pytań jednokrotnego wyboru) autorstwa Salmona i Quine'a adaptowany przez Juczyńskiego. Kwestionariusze ankiety zakończono metryczką zawierającą pytania dotyczące sytuacji życiowej i zawodowej respondentek.

Badania za pomocą kwestionariusza ankiety przeprowadzono wśród pacjentek Kliniki Chirurgii Onkologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie, Poradni Onkologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie oraz Ośrodka Rehabilitacji z Poradnią i Gabinetem Rehabilitacyjnym przy Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. W badaniach uczestniczyły również kobiety zrzeszone w lubelskim Klubie Kobiet po Mastektomii „Amazonki”, Klubie „Amazonki” Zespołu Poradni Specjalistycznych w Ostrowcu Świętokrzyskim oraz Klubie „Amazonki” w Radomiu. W badaniach ankietowych wzięło udział łącznie 120 kobiet z rozpoznaniem nowotworem piersi. Badania trwały od grudnia 2008 roku do maja 2009 roku.

W analizie statystycznej wykorzystano weryfikację hipotez statystycznych opartą na testach niezależności  $\chi^2$ . Istotność różnic między wynikami badań stwierdzano przy poziomie  $p \geq 0,05$ . Wyniki badań opracowano z wykorzystaniem programu STATISTICA [6].

## Wyniki

### Stopień poinformowania kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi o diagnozie, założeniach planowanej terapii, możliwych działaniach niepożądanych, prognozie i efektach stosowanego leczenia oraz udział pacjentek w procesie leczenia

Spśród kobiet biorących udział w badaniu większość (75%) uważała, że podczas pobytu w szpitalu udzielono im wyczerpujących informacji o proponowanych metodach terapii (tab. 1), a 71% respondentek zostało poinformowanych o ryzyku związanym z podjęciem każdej z metod leczenia (tab. 2).

Jedynie 39% ankietowanych miało poczucie współudziału w procesie decyzyjnym. Analiza statystyczna wykazała zależność ( $p = 0,026475$ ) między zastosowaną techniką zabiegu leczniczego a udziałem pacjentki w wyborze metody leczenia. Pacjentki będące jeszcze przed zabiegiem mastektomii w ponad 80% deklarowały współudział w wyborze metody leczenia. Udział w podjęciu decyzji o technice zabiegu zadeklarowały również kobiety po operacji oszczęd-

**Tabela 1.** Ocena uzyskiwanych przez pacjentki w trakcie hospitalizacji informacji o proponowanych metodach terapii

Czy podczas pobytu w szpitalu udzielono Pani wyczerpujących informacji o proponowanych metodach terapii?	n	%
Tak	90	75,00
Nie	19	15,83
Nie wiem	11	9,17
RAZEM	120	100

**Tabela 2.** Ocena udzielanych w trakcie hospitalizacji informacji o ryzyku związanym z podjęciem każdej z metod leczenia

Czy poinformowano Panią o ryzyku związanym z podjęciem każdej z metod leczenia?	n	%
Tak	85	70,83
Nie	35	29,17
RAZEM	120	100

**Tabela 3.** Zależność między zastosowaną techniką zabiegu leczniczego a udziałem pacjentki w wyborze metody leczenia

Czy współdecydowała Pani o wyborze metody leczenia?	Tak		Nie		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Technika zabiegu leczniczego						
Operacja oszczędzająca (usunięcie fragmentu piersi wraz z guzem i węzłami chłonnymi dołu pachowego)	10	58,82	7	41,18	17	100
Operacja oszczędzająca (usunięcie guzka z pozostawieniem węzłów chłonnych dołu pachowego)	2	33,33	4	66,67	6	100
Operacja radykalna	30	32,97	61	67,03	91	100
Przed zabiegiem	5	83,33	1	16,67	6	100
RAZEM	47	39,17	73	60,83	120	100

 $\chi^2$  Pearsona: 9,22281; df = 3; p = 0,026475**Tabela 4.** Zależność między stosowaniem hormonoterapii jako formy leczenia uzupełniającego a oceną informacji o możliwości wystąpienia skutków ubocznych stosowanych leków oraz o charakterze działań niepożądanych

Czy udzielono Pani wyczerpujących informacji o możliwości wystąpienia skutków ubocznych stosowanych leków oraz o charakterze działań niepożądanych?	Tak		Nie		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Stosowano hormonoterapię	26	50,98	25	49,02	51	100
Nie stosowano hormonoterapii	48	69,57	21	30,43	69	100
RAZEM	74	61,67	46	38,33	120	100

 $\chi^2$  Pearsona: 4,28477; df = 1; p = 0,038458

dziejacej, polegającej na usunięciu fragmentu piersi wraz z guzem i węzłami chłonnymi dołu pachowego (59%). Ankietowane po radykalnym zabiegu usunięcia piersi oraz pacjentki po przebytym zabiegu usunięcia guzka z pozostawieniem węzłów chłonnych dołu pachowego w 67% były zdania, że nie brały udziału w wyborze metody leczenia (tab. 3).

Wyniki badań ankietowych wykazały, że respondentki (62%) zostały wyczerpująco poinformowane o możliwości wystąpienia skutków ubocznych stosowanych leków oraz o charakterze działań niepożądanych. Wykazano statystycznie istotny związek między oceną przekazanych przez lekarza informacji dotyczących możliwości wystąpienia skutków ubocznych stosowanych leków oraz charakteru działań niepożądanych a stosowaniem u kobiet hormonoterapii jako formy leczenia uzupełniającego (p = 0,038458). Kobiety, u których nie stosowano hormonoterapii, w 70% oceniły pozytywnie jakość przekazanych informacji na temat skutków ubocznych stosowanych leków, natomiast respondentki leczone środkami hormonalnymi jedynie w 51% przyznały, że przekazane im informacje były wyczerpujące (tab. 4).

## Oczekiwania kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi w zakresie informacji medycznej

Spośród kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi objętych badaniem 93% chciało być informowanych o stanie zdrowia oraz rokowaniach, ponad 90% ankietowanych chciało znać wyniki przeprowadzonych badań i oczekiwało od lekarza ich omówienia. Zdecydowana większość respondentek (93%) oczekiwała od lekarza wyjaśnienia istoty prowadzonego leczenia. Kobiety cierpiące na nowotwór gruczołu piersiowego oczekują od lekarza wszelkich informacji na temat choroby, jej skutków i możliwości powrotu do zdrowia, w tym pożycia seksualnego. Każda informacja, również o możliwości odtworzenia gruczołu piersiowego, skorzystania z pomocy psychologa czy seksuologa, jest dla pacjentki cenna, a zatem obowiązkiem lekarza jest bezwzględne respektowanie woli i oczekiwań kobiety w zakresie informacji medycznej.

Istnieje związek między oczekiwaniami ankietowanych w zakresie informacji na temat wyników badań

**Tabela 5.** Zależność między stanem cywilnym respondentek a oczekiwaniami w zakresie informacji dotyczących wyników przeprowadzonych badań

Chcę poznać wyniki przeprowadzonych badań	Tak		Nie		Nie jestem pewna		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Stan cywilny								
Panna	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	100
Mężatka	79	92,94	3	3,53	3	3,53	85	100
Rozwiedziona	4	80,00	0	0,00	1	20,00	5	100
Wdowa	18	81,82	4	18,18	0	0,00	22	100
RAZEM	109	90,83	7	5,83	4	3,33	120	100

$\chi^2$  Pearsona: 12,8362; df = 6; p = 0,045722

diagnostycznych a ich stanem cywilnym (p = 0,045722). Panny oczekują od lekarza informacji na temat wyników przeprowadzonych badań, podobnie mężatki są zainteresowane tego rodzaju informacjami (93%). Kobiety rozwiedzione oraz wdowy oczekują informacji na temat wyników badań odpowiednio w 80% i 82%, przy czym wdowy aż w 18% nie chcą znać wyników (tab. 5). Większość ankietowanych (85%) oczekuje od lekarza przedstawienia prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby i chce wiedzieć (78%), czy w związku z chorobą nowotworową mogą pojawić się w przyszłości inne problemy zdrowotne, a blisko 90% respondentek oczekuje od lekarza informacji na temat możliwych skutków ubocznych raka piersi.

### Samopoczucie i ocena wsparcia udzielanego kobietom w trakcie hospitalizacji

Respondentki zgłaszały, że w związku z utratą piersi odczuwają dotkliwy lęk przed powrotem do aktywności seksualnej, wynikający z braku akceptacji swojego okaleczonego ciała i obawy przed odrzuceniem przez partnera. Co więcej, jedynie nieznaczna liczba pań korzystała z pomocy specjalisty (psychologa, psychoonkologa, seksuologa) podczas pobytu w szpitalu. Brak profesjonalnego wsparcia z pewnością nie wpłynął pozytywnie na samopoczucie respondentek. Kobiety biorące udział w badaniu oceniły jednak pozytywnie wsparcie udzielone im przez personel medyczny w trakcie hospitalizacji — 30% ankietowanych oceniło je jako duże, a 25% jako bardzo duże. Około 6% kobiet uważało, że wsparcie udzielane im w trakcie hospitalizacji było niewielkie, a ponad 7% respondentek twierdziło, że mogły liczyć na ogromne wsparcie ze strony zespołu terapeutycznego w trakcie zmagania się z chorobą nowotworową.

### Dyskusja

Akceptacja okaleczonego ciała po amputacji piersi wymaga od kobiety wiedzy w zakresie patogenezy samej choroby, metody postępowania medycznego zastosowanego w jej konkretnym przypadku, działań niepożądanych, które mogą wystąpić w krótszej bądź dłuższej perspektywie, a także możliwości rekonstrukcji gruczołu piersiowego. Te wszystkie informacje połączone ze wsparciem otoczenia pozwolą kobiecie przejść przez proces leczenia i zaakceptować jego nieuniknione skutki. Według Czubalskiego i wsp. [7] zapotrzebowanie chorych na informację medyczną jest duże, zgłasza je bowiem 75% respondentów, a wśród pacjentów chorych na raka odsetek ten jest jeszcze wyższy (aż 91%). Podobne wyniki uzyskali Lobb i wsp. [8] — według ich badań pacjentki z nowotworem piersi (83%) oczekują od lekarza tak dużo informacji na temat swojej choroby, ile lekarz jest im w stanie przekazać, jedynie 16% respondentek życzy sobie, aby lekarz ograniczał zakres przekazywanych informacji. Wyniki badań prezentowanych w niniejszej pracy potwierdzają powyższe dane — zapotrzebowanie na szeroko pojmowaną informację medyczną, obejmującą wiedzę w zakresie diagnozy, leczenia, rokowania w chorobie, jest bardzo duże, bowiem zgłasza je ponad 90% kobiet cierpiących na nowotwór gruczołu piersiowego.

W świetle prezentowanych w niniejszym opracowaniu badań respondentki w większości przypadków (61%) nie brały udziału w procesie decyzyjnym dotyczącym wyboru metody postępowania medycznego. Według innych autorów (Milliat-Guittard i wsp. [9]) 48% respondentek cierpiących na nowotwór piersi było bardzo usatysfakcjonowanych z udziału w procesie leczenia, a 47% było raczej zadowolonych ze współudziału w leczeniu. Z badań prowadzonych przez zespół badawczy Bruery wynika, że większość kobiet chorych na nowotwór piersi chce aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji medycznych,



jedynie 11% świadomie uchyla się od współudziału w procesie decyzyjnym, zdając się całkowicie na profesjonalną wiedzę i doświadczenie lekarza prowadzącego [10, 11].

Z badań przeprowadzonych w 2007 roku przez CMJ PASAT w SP Szpitalu Wojewódzkim w Zamościu z udziałem 784 respondentów wynika, że jedynie 47% z nich zostało wyczerpująco poinformowanych o ryzyku związanym z podejmowanym leczeniem [12]. Wyniki prezentowane w niniejszej pracy są bardziej optymistyczne, wynika z nich bowiem, że aż 71% respondentek zostało wyczerpująco poinformowanych o ryzyku związanym z każdą z proponowanych metod postępowania medycznego.

W świetle prezentowanych badań jedynie 48% respondentek uważa, że przekazywane przez personel medyczny informacje dotyczące diagnozy, leczenia oraz rokowań były wyczerpujące i zrozumiałe. Według innych autorów (Degner i wsp. [13]) 90% ankietowanych życzy sobie dodatkowych informacji na temat choroby nowotworowej oprócz tych, które zostały im dotychczas przedstawione przez lekarza, a zatem powszechne wydaje się poczucie niedoinformowania w grupie pacjentek cierpiących na nowotwór piersi.

Zarówno wyniki prezentowane w niniejszej pracy, jak i badania innych autorów (Khan i wsp. [14]) wskazują na ogromny wpływ szeroko pojmowanego wsparcia na wynik leczenia oraz rehabilitacji pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi. Wsparcie, szczególnie emocjonalne, pomaga zredukować stres związany z chorobą nowotworową i obniżyć poziom lęku towarzyszący chorobie [15] oraz rekonwalescencji, a w efekcie zaakceptować zmienione wskutek leczenia ciało.

## Wnioski

Wyniki badań prowadzonych na całym świecie wykazały, że zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne obejmujące wiedzę o samej chorobie, leczeniu, rokowaniu, skutkach ubocznych, możliwości nawrotu oraz szansie na rekonstrukcję utraconego gruczołu piersiowego jest znaczne, ponieważ uzyskane od lekarza informacje ułatwiają kobiecie świadome zmaganie się z chorobą nowotworową. Poczucie samoakceptacji i powrót do pełnej aktywności we wszystkich obszarach życia są możliwe w sytuacji, gdy ko-

bieta aktywnie i świadomie uczestniczy w postępowaniu medycznym, akceptując kolejne jego fazy i będąc jednocześnie przygotowaną na spodziewane efekty leczenia (utrata jednej bądź obu piersi). Po zakończeniu leczenia kobieta powinna zostać poinformowana przez lekarza do kogo może się zwrócić, aby uzyskać pomoc, wsparcie i niezbędne informacje na temat swojej choroby. Szczególnie trudny dla kobiety jest wówczas powrót do pełnej aktywności seksualnej. Obawa przed odrzuceniem utrudnia ponowne zbliżenie, prowadząc niekiedy do poważnych zaburzeń sfery seksualnej. Kontakt z odpowiednimi profesjonalistami (psycholog, psychoterapeuta, seksuolog), organizacjami oraz grupami wsparcia bywa wówczas nieodzowny. Podjęcie właściwej terapii pozwala kobiecie nabrać dystansu do choroby i na nowo zacząć cieszyć się życiem.

## Piśmiennictwo

1. Maciejewski B. Mówić czy nie mówić prawdy chorym na raka. *Pol. Prz. Chir.* 2008; 80 (1): 1–9.
2. XXII Zjazd PTHiT — 6–8.09.2007. 2007; 2: 49–51.
3. Świrydowicz T. Psychologiczne aspekty przekazywania niepomyślnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie. *Nowa Medycyna* 2000; 97 (1): 74.
4. Takahashi M., Ohno S., Inoue H. i wsp. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-Oncology* 2008; 17: 901–907.
5. Mika K. Po odjęciu piersi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
6. Watała C. Biostatystyka — wykorzystanie metod statystycznych w pracy badawczej w naukach biomedycznych. Wydawnictwo α-Medica Press, Bielsko Biala 2002; 121–130.
7. Czubalski K., Zachara A., Łempicka-Jastrzębska M. Wyniki wstępnych badań postaw, opinii i zachowań lekarzy dotyczących informowania chorych na nowotwory złośliwe o ich rozpoznaniu. *Nowotwory* 1992; 42: 261–268.
8. Lobb E.A., Butow P.N., Meiser B. i wsp. Tailoring communication in consultations with women from high risk breast cancer families. *Br. J. Cancer* 2002; 87: 502–508.
9. Milliat-Guittard L., Charlois A.L., Letrilliart L. i wsp. Shared medical information: expectations of breast cancer patients. *Gynecol. Oncol.* 2007; 107 (3): 474–481.
10. Elmore J.G., Ganschow P.S., Geller B.M. Communication between patients and providers and informed decision making. *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* 2010; 41: 204–209.
11. Bruera E., Willey J.S., Palmer J.L., Rosales M. Treatment decisions for breast carcinoma: patient preferences and physician perceptions. *Cancer* 2002; 94 (7): 2076–2080.
12. <http://www.cbos.pl>.
13. Degner L.F., Kristjanson L.J., Bowman D. i wsp. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA* 1997; 277: 1485–1492.
14. Khan M.A., Bahadur A.K., Agarwal P.N., Sehgal A., Das B.C. Psychosocial disorders in women undergoing postoperative radiation and chemotherapy for breast cancer in India. *Indian J. Cancer* 2010; 47 (3): 296–303.
15. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J. Med. Assoc. Thai.* 2007; 90 (10): 2164–2174.